



# भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण  
EXTRAORDINARY

भाग II—खण्ड 3—उप-खण्ड (i)  
PART II—Section 3—Sub-section (i)

प्राधिकार से प्रकाशित  
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं० 39] नई दिल्ली, शनिवार, फरवरी 4, 1995/माघ 15, 1916  
No. 39] NEW DELHI, SATURDAY, FEBRUARY 4, 1995/MAGHA 15, 1916

स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय

अधिसूचना

नई दिल्ली, 4 फरवरी, 1995

सा.का.वि. 51(अ)--केन्द्रीय सरकार, मानव अंग प्रतिरोपण अधिनियम, 1994 (1994 का 42) की धारा 24 की उपधारा (1) द्वारा प्रवृत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, निम्नलिखित नियम बनाती है, अर्थात् :

## 1 संक्षिप्त नाम और प्रारंभ

- (1) इन नियमों का संक्षिप्त नाम मानव अंग प्रतिरोपण नियम, 1995 है।
- (2) ये राजपत्र में प्रकाशन की तारीख को प्रवृत्त होंगे।

## 2. परिभाषाएं

- (क) "अधिनियम" से मानव अंग प्रतिरोपण अधिनियम, 1994 (1994 का 42) अभिप्रेत है;
- (ख) "प्ररूप" से इन नियमों से उपाबंध प्ररूप अभिप्रेत है;
- (ग) "धारा" से अधिनियम की धारा अभिप्रेत है;
- (घ) उन शब्दों और पदों के जिनका प्रयोग इन नियमों में किया गया है और जिनकी परिभाषा नहीं दी गई है किन्तु जो उक्त अधिनियम में परिभाषित हैं, वही अर्थ होंगे जो उनके उक्त अधिनियम में हैं;

## 3. मानव अंग को निकालने के लिए प्राधिकार

कोई भी दाता अपनी मृत्यु के पूर्व, प्ररूप 1 में यथाविनिर्दिष्ट रीति और शर्तों के अधीन अपने शरीर के किसी मानव अंग को चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए निकाले जाने का प्राधिकार दे सकेगा।

## 4. चिकित्सा व्यवसायी के कर्तव्य

- (1) रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी, किसी दाता के शरीर से उसकी मृत्यु के पूर्व कोई मानव अंग निकालने के पूर्व अपना यह समझाना कर लेगा कि--

- (क) दाता ने अपना प्राधिकार प्ररूप 1 में दिया है;
- (ख) दाता स्वास्थ्य की समुचित अवस्था में है और अंग का दान करने के योग्य है और प्ररूप 2 में यथाविनिर्दिष्ट प्रमाणपत्र पर हस्ताक्षर करेगा;
- (ग) दाता, प्राप्तिकर्ता का निकट नातेदार है और दाता तथा प्राप्तिकर्ता की निम्नलिखित जांच करने के परम्परागत, प्ररूप 3 में यथाविनिर्दिष्ट प्रमाणपत्र पर हस्ताक्षर करेगा; अर्थात्:--

- (i) परंपरागत सीरीसीय तकनीक का प्रयोग करके मानव प्रमुख रक्त संयोज्यता प्रणाली एच एल एन, एच एलए-बी और एच एन ए की आर के प्रतिजनी उत्पाद की जांच;

- (ii) एच एल ए-जी और बीमा और एच एल ए-डीएल बीटा जीन निर्देशन अंग संवर्ध बाह्यरूपता गिद्ध करने के लिए जांच;
- (iii) जहाँ उपखंड (i) और उपखंड (ii) में निर्दिष्ट जांचों से घाता और प्राप्तिकर्ता के बीच मानवशिक मातेवारी सिद्ध नहीं होती है वहाँ कम से कम दो मल्टी लोकजीवन प्रोब का प्रयोग करके डी एन ए बाह्यरूपता सिद्ध करने के लिए जांच;
- (iv) जहाँ उपखंड (iii) में निर्दिष्ट जांच से घाता और प्राप्तिकर्ता के बीच मानवशिक मातेवारी सिद्ध नहीं होती है वहाँ कम से कम पांच सिंगल लोकस बाह्यरूपता प्रोब का प्रयोग करके डी एन ए बाह्यरूपता सिद्ध करने के लिए जांच।

(घ) यदि प्राप्तिकर्ता घाता का परित्यापकी है तो प्राप्तिकर्ता और घाता के इस धाण्य का कथन अभिलिखित करेगा कि उनकी इस रूप में मातेवारी है और प्ररूप 4 में के प्रमाणपत्र पर हस्ताक्षर करेगा।

(2) रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी, किसी व्यक्ति की मृत्यु हो जाने के पश्चात् उसके शरीर से किसी मानव अंग को निकालने के पूर्व अपना यह समाधान कर लेगा कि—

(क) घाता ने अपनी मृत्यु के पूर्व प्ररूप 5 में यथाविनिर्दिष्ट प्ररूप में, दो या अधिक साक्षियों की उपस्थिति में (जिनमें से कम से कम एक व्यक्ति उसका निकट नातेदार हो) अपनी मृत्यु के पश्चात् चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए अपने शरीर से मानव अंग निकाले जाने के लिए आप्रति संहर्णीय रूप में प्राधिकृत किया हो और यह विश्वास करने का कोई कारण नहीं है कि घाता ने तत्पश्चात् पूर्वोक्त प्राधिकार को वापस ले लिया है;

(ख) उस व्यक्ति ने जिसका शव पर विधिपूर्ण कक्षा है, प्ररूप 6 या प्ररूप 7 में यथाविनिर्दिष्ट प्रमाणपत्र पर हस्ताक्षर कर दिए हैं।

(3) रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी, मरिस्तक स्तंभ मृत्यु की दशा में किसी व्यक्ति के शरीर से मानव अंग निकालने के पूर्व अपना यह समाधान कर लेगा कि—

(क) अधिनियम की धारा 3 की उपधारा (6) में निर्दिष्ट चिकित्सा विशेषज्ञ बोर्ड के सभी सदस्यों द्वारा प्ररूप 8 में यथाविनिर्दिष्ट प्रमाणपत्र पर हस्ताक्षर कर दिए गए हैं;

(ख) अठारह वर्ष से कम आयु के व्यक्ति की मरिस्तक स्तंभ मृत्यु की दशा में, अधिनियम की धारा 3 की उपधारा (6) में निर्दिष्ट चिकित्सा विशेषज्ञ बोर्ड के सभी सदस्यों द्वारा प्ररूप 8 में निर्दिष्ट प्रमाणपत्र पर हस्ताक्षर कर दिए गए हैं और ऐसे व्यक्ति के माता-पिता में से कि के द्वारा प्ररूप 9 में यथाविनिर्दिष्ट प्राधिकार पर हस्ताक्षर कर दिए गए हैं।

#### 5. अंगों का परिरक्षण

निकाला गया अंग, प्रतिरोपण के प्रयोजन के लिए जीवित्पुनः गुनिश्चित करने के लिए चालू और स्वीकृत वैज्ञानिक पद्धतियों के अनुसार परिरक्षित रखा जाएगा।

6 घाता और प्राप्तिकर्ता मानव अंग के निकाले जाने और प्रतिरोपण को अनुमोदित देने के लिए संयुक्त रूप से प्राधिकरण गमिनि को प्ररूप 10 में यथाविनिर्दिष्ट आवेदन करेंगे।

#### 7. अस्पताल का रजिस्ट्रीकरण

(1) रजिस्ट्रीकरण के लिए आवेदन प्ररूप 11 में यथाविनिर्दिष्ट समुचित प्राधिकारी को दिया जाएगा। आवेदन के साथ एक हजार रुपए की फीम समुचित प्राधिकारी को संदेय बैंक डाफ्ट या पोस्टल ऑर्डर के रूप में होगी।

(2) समुचित प्राधिकारी, जांच करने के पश्चात् और अपना यह समाधान कर लेने के पश्चात् कि आवेदक ने सभी प्रपत्रों का अनुपालन कर लिया है, प्ररूप 12 में विनिर्दिष्ट रूप में रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र देगा और वह जारी किए जाने की तारीख से पांच वर्ष की अवधि के लिए विधिमान्य होगा और वह नवीकरणीय होगा।

#### 8. रजिस्ट्रीकरण का नवीकरण

(1) रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र के नवीकरण के लिए आवेदन, समुचित प्राधिकारी को मूल रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र की समाप्ति की तारीख से तीन मास पूर्व की अवधि के भीतर किया जाएगा और उसके साथ पांच सौ रुपए की फीम समुचित प्राधिकारी को संदेय बैंक डाफ्ट या पोस्टल ऑर्डर के रूप में होगी।

(2) रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र का नवीकरण प्ररूप (3) में विनिर्दिष्ट रूप में होगा और वह पांच वर्ष की अवधि के लिए विधिमान्य होगा।

(3) यदि, जोष जिसके अंतर्गत अस्पताल का निरीक्षण और उनके पूर्व कार्यकरण की संवीक्षा भी है, के पश्चात् और आवेदक को अवसर देने के पश्चात्, समुचित प्राधिकारी का यह समाधान हो जाता है कि आवेदक ने नियम 7 के उपनियम (2) के अधीन रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र देने के पश्चात्, अधिनियम और उसके अधीन बनाए गए नियमों की अपेक्षाओं और उन शर्तों का, जिनके अधीन रहते हुए रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र दिया गया है, अनुपालन नहीं किया है, तो वह उन कारणों से, जो लेखबद्ध किए जाएंगे, रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र का नवीकरण प्रमुदत्त करने से इंकार करेगा।

#### 9. रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र दिए जाने की शर्तें

इस अधिनियम के अधीन किसी अस्पताल को रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र तब तक नहीं दिया जाएगा जब तक कि वह निम्नलिखित मानव शक्ति उपस्कर विशेषज्ञीय सेवा और प्रमुविधाओं की, निम्नलिखित अपेक्षाओं को पूरा नहीं करता है:—

साधारण अपेक्षाएं—

1. शल्य चिकित्सीय कर्मचारीवृन्द
2. हृदयरोग कर्मचारीवृन्द
3. परिचर्या कर्मचारीवृन्द
4. संचार प्रणाली
5. सघन चिकित्सा कर्मचारीवृन्द
6. चिकित्सा सामाजिक कार्यकर्ता

विभिन्न विभाग

1. सूक्ष्म जीव विज्ञान
2. कबक विज्ञान
3. विकृति विज्ञान
4. विषाणु विज्ञान
5. कुसकू विज्ञान
6. तंक्षिका विज्ञान
7. भ्रनोविज्ञान
8. जी. आई. शल्य चिकित्सा
9. मिश्रतेजना विज्ञान

10. इमेजिंग सुविधाएं
11. बाल चिकित्सा विज्ञान
12. भौतिक चिकित्सा
13. रोग क्षमता विज्ञान
14. रुधिर विज्ञान
15. रात बैक
16. चिकित्सीय सामान्य विज्ञान
17. हृदय रोग विज्ञान

## प्रतिरोधनेतर कार्यक्रम वन

1. तंत्रिका विज्ञानी
2. तंत्रिका शल्य चिकित्सा
3. चिकित्सा अधीक्षक
4. और अस्पताल के अन्य कर्मचारीगण

## आधारिक अपेक्षाएं :

शल्य किया प्रमुखिधाएं, संबंध प्रतिरोधन प्रक्रिया करने वाले आवश्यक

## उपस्कर और कर्मचारीगण

प्रतिरोधन कार्यक्रम के लिए अपेक्षित अतिरिक्त उपस्कर

1. कोशिका रक्त
2. सहायक युक्तियों जैसे आई ए बीपी, अपकेन्द्री पीप और विविध सहायक युक्तियां, बातिस और विद्युत् प्रवाहित दोनों।
3. चलता-फिरता सी-मार्म, ओबानु रहित शल्य चिकित्सा कक्ष में नेमी ऊनक परीक्षा के लिए इमेजिंग प्रतिबिम्बक
4. किसी प्रकार के संघ संक्रमण का तुरंत पता लगाने के लिए बैकट/ऐलट प्रणाली।
5. साइक्लोपोरीन स्तर माप के लिए रेडियोइम्यूनऐसे।

6. एच आई वी, आस्ट्रेलिया प्रतिजनी, सीएमवी, टाक्सोप्लाज्मासिस और अन्य कवक परीक्षण को पता लगाने के लिए नेमी प्रयोगशाला प्रमुखिधाएं।

## विशेषज्ञ

## (अ) गुर्दा प्रतिरोधन

मास्टर ग्राफ सर्जरी (सामान्य) या भारत या विदेश में किसी मान्यताप्राप्त केन्द्र में मास्टर ग्राफ सर्जरी के पश्चात् तीन वर्ष के प्रशिक्षण सहित समतुल्य अर्हता और दल के सक्रिय सदस्य के रूप में पर्याप्त सेवा में वृत्त प्रतिरोधन कार्य किया हो।

## (आ) यकृत और अन्य उबरीय अंगों का प्रतिरोधन

मास्टर ग्राफ सर्जरी सामान्य या किसी स्थापित केन्द्र में मास्टर ग्राफ सर्जरी के पश्चात् पर्याप्त प्रशिक्षण सहित समतुल्य अर्हता साथ ही दल के सक्रिय सदस्य के रूप में वृत्त प्रतिरोधन कार्य करने का समुचित अनुभव हो।

## (इ) हृदय कृष्णसीय घमनी हृदय घमनी प्रतिरोधन

भारत या विदेश में एम. सी. एच. आडियोचोरासिक और रक्त वाहिका सर्जरी या समतुल्य अर्हता जिसके पास ऐसे दल के जो प्रतिबर्ण विधिकृत हृदय सर्जरी के पर्याप्त आपरेसन कर रहा है, सक्रिय सदस्य के रूप में तीन वर्ष का अनुभव है हो और जो कोरोनरी-बाई पास सर्जरी हृदय वाल्व सर्जरी से सुपरिचित हो।

## 10. अपील

(1) ऐसा कोई व्यक्ति जो धारा 9 की उपधारा (6) के अधीन प्राधिकरण समिति के किसी आदेश से या अधिनियम की धारा 15 की उपधारा (2) और धारा 16 के अधीन समुचित प्राधिकारी के किसी आदेश से व्यक्ति है, आदेश की प्राप्ति की तारीख से तीस दिन के भीतर केन्द्रीय सरकार को अपील कर सकेगा।

(2) प्रत्येक अपील लिखित रूप में होगी और उसके साथ उस आदेश की, जिसके विरुद्ध अपील की गई है, प्रति मंदाय की जाएगी।

[सं. एस. 12011/2/94एम. एस.]

ऑ. पी. निगम, मुख्य लेखा निगंत्रक

## प्रारूप-1

(नियम 3 देखिए)

मैं-----, आयु का/की, श्री-----का/की, पुत्र/पुत्री/पत्नी-----का/की निवासी चिकित्सीय प्रयोजन के लिए अपना अंग, अर्थात्----- निकाले जाने के लिए प्राधिकृत करता/करती हूँ। श्री/शुभी/श्रीमती-----को जो श्री-----का की पुत्र/पुत्री/पत्नी-----का/की निवासी है और अधिनियम की धारा 2 के खंड (i) में यथा परिभाषित मेरा निकट नातेदार है।

(ii) श्री/शुभी-----को, जो श्री-----का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी-----आयु का/की-----का/की निवासी है जिसके प्रति मेरा विशेष स्नेह या संबंध है या कोई अन्य विशेष कारण से (विनिर्दिष्ट करें)-----संधान करने की सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

मैं यह प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मैंने उपरोक्त प्राधिकार सहमति बिना किसी असम्यक दबाव, उत्प्रेरणा, प्रभाव, या प्रलोभन के अपनी स्वेच्छा से दिया/दी है और उपरोक्त प्राधिकार संदान के प्रयोजनों, सभी संभव जटिलताओं, दुष्प्रभावों, परिणामों और विकल्पों के बारे में इन प्राधिकार वा सहमति या दोनों को देने से पूर्व मुझे स्पष्ट कर दिया गया है।

वाता के हस्ताक्षर

## प्ररूप-2

(नियम 4 (1) (ख) देखिए)।

मैं, डा. \_\_\_\_\_, ग्रहंता प्राप्त \_\_\_\_\_ चिकित्सा परिवर्ध द्वारा कम संख्यांक \_\_\_\_\_ पर चिकित्सा व्यवसायी के रूप में रजिस्ट्रीकृत, यह प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ की, जो श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी \_\_\_\_\_ प्रायु का/की है, जिसने अंग \_\_\_\_\_ अर्थात् \_\_\_\_\_ के श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ को जो श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी है और दाता का निकट नातेदार है, संवान के बारे में स्वतंत्र और अवगत सहमति दी है, परीक्षा की है और उक्त दाता के स्वास्थ्य की दशा ठीक है तथा अंग निकाले जाने की प्रक्रिया के अधीन होने के लिए चिकित्सक वृष्ट्या योग्य है।

स्थान-\_\_\_\_\_  
तारीख-\_\_\_\_\_

हस्ताक्षर

## प्ररूप-3

[नियम 4 (1) (ग) देखिए]

मैं, डा. \_\_\_\_\_, ग्रहंता प्राप्त, चिकित्सा परिवर्ध द्वारा कम संख्यांक \_\_\_\_\_ पर, चिकित्सा व्यवसायी के रूप में रजिस्ट्रीकृत, यह प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ जो श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी \_\_\_\_\_ प्रायु का/की है, दाता और श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ जो श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी \_\_\_\_\_ प्रायु का/की है, उक्त दाता द्वारा संदान किए गए अंग का प्राप्तकर्ता, उनके अपने कथन के अनुसार आपस में भाई/बहन/माता/पिता/पुत्र/पुत्री रूप में संबंधित है और इस नातेदारी का तथ्य प्राधिकरण समिति द्वारा उसके अनुमोदन पत्र संख्यांक \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_ में अलखित सूचना के अनुसार मामल प्रमुख उक्तक-संयोग्यता प्रणाली, अर्थात् \_\_\_\_\_ के प्रतिजनी उत्पादों के लिए आंच के परिणाम से स्थापित हो गया है।

स्थान-\_\_\_\_\_  
तारीख-\_\_\_\_\_

हस्ताक्षर

## प्ररूप-4

[नियम 4 (1) (घ) देखिए]।

मैं, डा. \_\_\_\_\_, ग्रहंता प्राप्त, चिकित्सा परिवर्ध द्वारा कम संख्यांक \_\_\_\_\_ पर चिकित्सा व्यवसायी के रूप में रजिस्ट्रीकृत, यह प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि \_\_\_\_\_

(1) श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_, जो श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ का पुत्र, \_\_\_\_\_ प्रायु का, \_\_\_\_\_ का निवासी है और श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ जो श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ का/की पुत्री, पत्नी, \_\_\_\_\_ प्रायु का/की \_\_\_\_\_ का निवासी है, उनके द्वारा दिए गए कथन के अनुसार आपस में पति या पत्नी के रूप में संबंधित हैं और उनके कथन की श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ के शरीर से अंग निकाले जाने से पूर्व निम्नलिखित साध्य द्वारा पुष्टि हो गई है।

(केवल ऐसे मामलों में लागू, जहाँ आवश्यक समझा जाए)।

(2) उपर उल्लिखित श्री या श्रीमती \_\_\_\_\_ की वैधानिक अवस्था ऐसी है कि उनके कथन का अभिलेखन साध्य नहीं है।

रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी के  
हस्ताक्षर

स्थान-\_\_\_\_\_  
तारीख-\_\_\_\_\_

## प्ररूप-5

[नियम 4 (2) (क) देखिए]

मैं, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी, \_\_\_\_\_ प्रायु की/की, \_\_\_\_\_ का/की निवासी, नीचे लिखे व्यक्तियों की उपस्थिति में मुस्पष्टतः यह प्रतिकार देता हूँ कि मेरी मृत्यु के पश्चात् मेरे शरीर से मेरे अंग/अंगों, अर्थात् \_\_\_\_\_ को चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए निकाल लिया जाए।

दाता के हस्ताक्षर  
तारीख-\_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर)

1. श्री/श्रीमती/कुमारी-----  
 पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री-----  
 आयु-----  
 निवासी-----

(हस्ताक्षर)

2. श्री/श्रीमती/कुमारी-----  
 पुत्र/पुत्री/पत्नी-----  
 निवासी-----

-----के रूप में दाता का निकट नातेदार हूँ।

तारीख-----

प्ररूप - 6

[नियम 4(2) (ब) देखिए]

मैं,-----का/की/पुत्र/पुत्री/पत्नी-----आयु-----  
 का/की-----का/की निवासी, जिसका श्री/श्रीमती/कुमारी-----का जो  
 -----का/की/पुत्र/पुत्री/पत्नी-----आयु का/की-----  
 का/की निवासी है, सब पर विधिपूर्ण कब्जा है, यह जानकारी रखते हुए कि मृतक ने अपनी मृत्यु के पश्चात चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए अपने अंग/अंगों को  
 निकाले जाने के प्रति कोई आपत्ति अभिव्यक्त नहीं की है और यह विश्वास करने का कारण रखते हुए भी कि उक्त मृतक के किसी निकट नातेदार को  
 चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए उसके शरीर के किसी अंग के उपयोग करने पर कोई आपत्ति नहीं है, उसके शरीर के अंगों, अर्थात्-----  
 -----के निकाले जाने के लिए प्राधिकृत करता हूँ/करती हूँ।

स्थान-----

हस्ताक्षर

तारीख-----

सब का विधिपूर्ण कब्जा करने वाला व्यक्ति

पता-----

प्ररूप - 7

[नियम 4 (2) (घ) देखिए]

मैं, श्री/श्रीमती/कुमारी-----, जिसका श्री/श्रीमती/कुमारी-----के, जो  
 -----का की पुत्र पुत्री पत्नी-----आयु का/की/का निवासी-----  
 का/की है, सब पर विधिपूर्ण कब्जा है, इस जानकारी के पश्चात कि मृतक द्वारा अपनी मृत्यु के पश्चात चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए अपने मानव अंग का उपयोग  
 करने के प्रति कोई आपत्ति या अभिव्यक्ति नहीं की थी और यह विश्वास करने का कारण रखते हुए भी कि मृतक व्यक्ति के किसी निकट नातेदार को मृत व्यक्ति के  
 अंग का चिकित्सीय प्रयोजनों के लिए उपयोग करने पर कोई आपत्ति नहीं है, मृतक के अंग अर्थात्-----को निकाले जाने के लिए  
 प्राधिकृत करता/करती हूँ।

हस्ताक्षर-----

नाम-----

पता-----

तारीख-----

समय-----

प्ररूप - 8

[नियम 4(3) (क) और (ख) देखिए]

हम, चिकित्सा विशेषज्ञ बोर्ड के निम्नलिखित सदस्य, सावधानीपूर्वक वैयक्तिक परीक्षा के पश्चात यह प्रमाणित करते हैं कि श्री/श्रीमती/कुमारी-----  
 -----जो लगभग-----आयु का/की,-----का/की पुत्र/पुत्री/पत्नी-----  
 -----का/की निवासी हैं, मस्तिष्क-स्तंभ के सभी कार्य स्थायी और अपपरिवर्तनीय रूप से समाप्त हो  
 जाने के कारण मृत हो गया/गई है हमारे द्वारा किए गए परीक्षण और उनके निष्कर्ष इससे उपायव्य मस्तिष्क स्तंभ मृत्यु प्रमाणपत्र में अभिलिखित है।

तारीख-----

हस्ताक्षर-----

1. आर. एम. पी., उस अस्पताल का भारसाधक, जिसमें मस्तिष्क स्तंभ मर चुका है।
2. सम्बन्धित प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित नामों के पैनल में से नामित आर. एम. पी.
3. सम्बन्धित प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित नामों के पैनल में से नामित तंत्रिका विज्ञानी/तंत्रिका शास्त्र चिकित्सक
4. पूर्वोक्त मत व्यक्ति का उपचार करने वाला आर. एम. पी.

## मस्तिष्क स्तंभ मृत्यु प्रमाणपत्र

(अ) रोगी के बारे में

1. रोगी का नाम पुत्र/पुत्री/पत्नी

श्री/श्रीमती -----

श्री -----

स्त्रिय -----

2. घर का पता

3. अस्पताल संख्यांक

4. अगले निकट संबंधी या रोगी के लिए उत्तरदायी व्यक्ति का नाम और पता

(यदि कोई नहीं है, तो यह निर्दिष्ट किया जाना चाहिए)

5. क्या रोगी या अगला निकट संबंधी किसी प्रतिरोध के लिए सहमत है ?

6. क्या यह पुलिस मामला है ?

हां ----- नहीं -----

(आ) पूर्व -- वसाएं

1. निदान :

क्या रोगी कोई बीमारी या बुर्घटना से पीड़ित था किसी अपरिचित मस्तिष्क क्षति हुई ? इसे निर्दिष्ट करें : -----

बुर्घटना/बीमारी होने की तारीख और समय -----

आचेदनशील अवतनावस्था होने की तारीख और समय -----

2. चिकित्सा -- विशेषज्ञ बोर्ड के निष्कर्ष :

(i) अवतनावस्था के निम्नलिखित प्रतिवर्ष कारण अपर्याप्त किए गए हैं :—

मस्तिष्क एंकोइल

प्रावसादक क्षीयधिया

विश्रामक (तंत्रिकापेशीय अवरोधक कारक)

पहली चिकित्सा परीक्षा

दूसरी चिकित्सा परीक्षा

पहली

दूसरी

पहली

दूसरी

प्राथमिक अतिताप

हाइपोथैलेमिक प्रभाव

उपापचयी या अंतः तंत्रिका अवस्था

मस्तिष्क स्तंभ कावों के न होने के लिए परीक्षण

(2) अवतनावस्था

(3) स्वतः पतन का लक्षण

(4) पुतली का आकार

(5) पुतली परावृत्त प्रकाश

(6) पुतलीका शीर्ष नेत्र संवलय

(7) कॉर्निया परावृत्त (दोनों तरफ)

(8) किसी कपालीय तंत्रिका वितरण में अलक्षणीय प्रतिक्रिया बेहतर, अंग या धनु के उद्दीपन की प्रतिक्रियाएं

- (9) रोग परावृत  
 (10) खाखी (एवास प्रणाली)  
 (11) द्विपराशर्भीय धर्म परीक्षण करने पर नेस संजनन  
 (12) यथा-विनिर्दिष्ट प्रवर्धन परीक्षण  
 (13) क्या कोई प्रवर्धन क्रिया दिखाई दी थी

प्रथम परीक्षण की तारीख और समय : \_\_\_\_\_

द्वितीय परीक्षण की तारीख और समय : \_\_\_\_\_

यह प्रमाणित किया जाता है कि रोगी की लगभग छह घंटे के अंतराल के पश्चात् वो आरसावधानीपूर्वक जांच की गई है और ऊपर अभिलिखित निष्कर्षों के आधार पर श्री/सुश्री \_\_\_\_\_ को मस्तिक स्तंभ मृत घोषित किया जाता है।

- |  |   |
|--|---|
| 1. चिकित्सा प्रणालिक<br>अस्पताल का भारसाधक                       | 2. प्राधिकृत विशेषज्ञ                       |
| 3. तंत्रिका विज्ञानी तंत्रिका शल्य चिकित्सक<br>रूपया ध्यान दें : | 4. रोगी का उपचार करने वाला चिकित्सा अधिकारी |
- i प्रथम परीक्षण और द्वितीय परीक्षण के बीच न्यूनतम समय अंतराल छह घंटे का होगा।  
 ii सं. 2 और सं. 3 अस्पताल के भारसाधक प्रणालिक द्वारा समुचित प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित विनियमों के पैत्रल में से सहयोजित किए जाएंगे।

प्ररूप- - 8

(नियम 4 (3) (ख) देखिए)

मैं, श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_ पुत्र/पत्नी \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ का/की निवासी अपने पुत्र/पुत्री श्री/सुश्री \_\_\_\_\_ आयु के,  
 जिसकी मस्तिक स्तंभ मृत्यु विधि के अनुसार सम्यक् रूप से प्रमाणित की गई है, सब से चिकित्सीय प्रयोजन के लिए अंग/अंगों, अर्थात् \_\_\_\_\_ के निकाले जाने के लिए प्राधिकृत करता/करती हूँ।

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

नाम \_\_\_\_\_

स्थान \_\_\_\_\_

तारीख \_\_\_\_\_

प्ररूप- - 10

प्रतिरोपण के अनुमोदन के लिए आवश्यक

निकट नातेदार से भिन्न जीवित दाता

मुझे \_\_\_\_\_ को,

का/की पुत्र/पुत्री पत्नी \_\_\_\_\_ का/की आयु \_\_\_\_\_

का/की निवासी मेरे डाक्टर ने सूचित किया है कि मैं \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ से पीड़ित हूँ और मुझे अपने शरीर में \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ के प्रतिरोपण से फायदा हो सकेगा।

और मैं,----- का/की पुत्र/पुत्री पत्नी  
 ----- का/की प्रायु----- का/की निवासी  
 स्नेह और भासक्ति के कारण, क्योंकि-----  
 (कारण भरा जाए)

----- अपने-----  
 अंग----- को संदान करना चाहूंगा/चाहूंगी ।  
 हम----- और----- ऐसा प्रतिरोपण  
 (वाता) (प्राप्ति कर्ता)

किए जाने संबंधी अनुज्ञा के लिए प्राधिकरण समिति को आवेदन करते हैं।

हम निष्ठापूर्वक यह प्रतिज्ञान करते हैं कि उपरोक्त विनिश्चय किसी असम्यक बचाव, उल्लेख्य प्रभाव या प्रलोभन के बिना किया गया है और अंग प्रतिरोपण के सभी संभव परिणाम और विकल्प हमें स्पष्ट कर दिए गए हैं।

भावी वाता के हस्ताक्षर और पता

भावी प्राप्तिकर्ता के हस्ताक्षर और पता

#### प्रकरण 11

अंग प्रतिरोपण करने के लिए अस्पताल के रजिस्ट्रीकरण के लिए आवेदन-प्रारूप

सिवा में,

अंग प्रतिरोपण समुचित प्राधिकारी-----  
 (राज्य या संघ राज्य क्षेत्र)

हम अंग प्रतिरोपण करने के लिए एक संस्था के रूप में मान्यता देने के लिए आवेदन करते हैं। अस्पताल में उपलब्ध सुविधाओं के बारे में अपेक्षित आकड़े निम्नलिखित हैं :—  
 (अ) अस्पताल :

1. नाम-----
2. अस्पताल-----
3. सरकारी/प्राइवेट -----
4. अध्यक्ष/प्रधानपनेतर-----
5. पदुष-मार्गः

सड़क	हाँ/नहीं
रेल	हाँ/नहीं
विमान	हाँ/नहीं

6. कुल बिस्तरों की संख्या-----
7. अस्पताल में शाखाओं की संख्या-----
8. वार्षिक बजट



## 9. प्रतिवर्ष घाने वाले रोगी

## (अ) माल्य चिकित्सीय दल

1. बिस्तरों की संख्या—
2. स्थायी कर्मचारिबृन्द सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
3. अस्थायी कर्मचारिबृन्द सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
4. प्रतिवर्ष की गई माल्य क्रियाओं की संख्या—
5. प्रतिरोपण के लिए उपलब्ध प्रशिक्षित व्यक्ति (कृपया प्रतिरोपण के अंग विनिर्दिष्ट करें) :—

## (इ) चिकित्सा दल

1. बिस्तरों की संख्या—
2. स्थाई कर्मचारिबृन्द सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
3. अस्थायी कर्मचारिबृन्द सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
4. प्रतिवर्ष घाने वाले रोगियों की संख्या—
5. प्रतिवर्ष प्रवेश किए गए अंग प्रतिरोपण अभ्यर्थियों की संख्या—

## (ई) निश्चेतना विज्ञान :

1. स्थाई कर्मचारिबृन्द सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
2. अस्थायी कर्मचारिबृन्द सदस्यों की उनके पदनाम सहित संख्या—
3. किए गए, माल्य क्रियाओं के नाम और उनकी संख्या—
4. उपलब्ध उपस्कर के नाम और उनकी संख्या—
5. अस्पताल में माल्य क्रिया-धियेटरों की कुल संख्या—
6. प्रापातकालीन माल्य क्रिया धियेटरों की कुल संख्या—
7. पूयक अंग प्रतिरोपण माल्यक्रिया धियेटर की संख्या—

## (उ) गहन देख-रेख एकक/हृदयरोग एकक सुविधाएं :

1. गहन देख-रेख एकक/हृदयरोग एकक सुविधाएं

विद्यमान—अविद्यमान—

2. गहन देख-रेख एकक में बिस्तरों की संख्या—

## 3. प्रशिक्षित

नर्स—

सफनीशियन—

4. गहन देखरेख एकक में उपस्करों के नाम और उनकी संख्या

## (ऊ) अन्य सहायक सुविधाएं :

अस्पताल में उपलब्ध सुविधाओं के आंकड़े ।

## (ए) प्रयोगशाला सुविधाएं :

1. स्थाई कर्मचारिबृन्द की उनके पदनाम सहित संख्या ।
2. अस्थायी कर्मचारिबृन्द की उनके पदनाम सहित संख्या ।
3. विभाग में किए गए अन्वेषणों के नाम ।
4. उपलब्ध उपस्करों के नाम और उनकी संख्या ।

## (ऐ) इमेजिंग सेवाएं :

1. स्थाई कर्मचारिबृन्द की उनके पदनाम सहित संख्या ।
2. अस्थायी कर्मचारिबृन्द की उनके पदनाम सहित संख्या ।
3. विभाग में किए गए अन्वेषणों के नाम

4. उपलब्ध उपस्करों के नाम और उनकी संख्या ।

(ओ) रक्षित विज्ञान सेवाएं :

1. स्थाई कर्मचारीवृन्द की उनके पदनाम सहित संख्या ।
2. अस्थायी कर्मचारीवृन्द की उनके पदनाम सहित संख्या ।
3. विभाग में किए गए श्रवणों के नाम ।
4. उपलब्ध उपस्करों के नाम और उनकी संख्या ।

(औ) रक्त बैंक सुविधाएं :

हां/नहीं

(अ) यथोक्त (आइनाइसिस) सुविधाएं :

हां/नहीं

(अ) अन्य कार्मिक :

- |                           |          |
|---------------------------|----------|
| 1. वृक्क रचना विज्ञानी    | हां/नहीं |
| 2. तंत्रिका विज्ञानी      | हां/नहीं |
| 3. तंत्रिका शल्य चिकित्सक | हां/नहीं |
| 4. भ्रूज विज्ञानी         | हां/नहीं |
| 5. जी.आई. शल्य चिकित्सक   | हां/नहीं |
| 6. बाल चिकित्सा विज्ञानी  | हां/नहीं |
| 7. भौतिक चिकित्साविद      | हां/नहीं |
| 8. सामाजिक कार्यकर्ता     | हां/नहीं |
| 9. प्रतिरक्षा विज्ञानी    | हां/नहीं |
| 10. हृदयरोग विज्ञानी      | हां/नहीं |

उपरोक्त सूचना मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही है और मुझे प्राधिकृत कार्मिक द्वारा अपनी सुविधाओं की किसी भी प्रकार की जांच पर कोई आपत्ति नहीं है। 1000 रु. क बैंक डाफ्ट/बैंक संलग्न किया जा रहा है।

हस्ताक्षर—  
संस्था का प्रधान

प्रारूप 12

रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि \_\_\_\_\_ स्थित \_\_\_\_\_ अस्पताल का समुचित प्राधिकारी द्वारा निरीक्षण किया गया है और निम्नलिखित अंगों का अंग प्रतिरोपण करने के लिए रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र अनुवस किया जात है :—

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

यह रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र जारी होने की तारीख से पांच वर्ष की अवधि के लिए विधिवान्य है।

हस्ताक्षर—

हस्ताक्षर—

प्रारूप - 13

[उपनियम 8(2) देखिए]

समुचित प्राधिकारी का कार्यालय

यह, अधिनियम के प्रकीर्ण अंग प्रतिरोपण करने के लिए रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र से नवीकरण के लिए \_\_\_\_\_ (अस्पताल का नाम) से आवेदन तारीख \_\_\_\_\_ के संबंध में ।

समुचित प्राधिकारी, उपर्युक्त अस्पताल की सुविधाओं और स्तरमानों पर विचार करने के पश्चात् उक्त अस्पताल का रजिस्ट्रीकरण प्रमाणपत्र अंग प्रतिरोपण करने के प्रयोजन के लिए पांच वर्ष की अवधि के लिए नवीकृत करता है।

समुचित प्राधिकारी \_\_\_\_\_  
स्थान \_\_\_\_\_  
तारीख \_\_\_\_\_

**MINISTRY OF HEALTH & FAMILY WELFARE  
NOTIFICATION**

New Delhi, the 4th February, 1995

G.S.R. 51(E).—In exercise of the powers conferred by sub-section(1) of Section 24 of the Transplantation of Human Organs Act, 1994 (42 of 1994), the Central Government hereby makes the following rules, namely :—

**1. SHORT TITLE AND COMMENCEMENT**

(1) These rules may be called the Transplantation of Human Organs Rules, 1995.

(2) They shall come into force on the date of their publication in the Official Gazette.

**2. DEFINITIONS**

(a) "Act" means the Transplantation of Human Organs Act, 1994 (42 of 1994);

(b) "Form" means a form annexed to these Rules;

(c) "Section" means a section of the Act;

(d) words and expressions used and not defined in these Rules, but defined in the Act, shall have the same meanings respectively assigned to them in the Act.

**3. AUTHORITY FOR REMOVAL OF HUMAN ORGAN**

Any donor may authorise the removal, before his death, of any human organ of his body for therapeutic purposes in the manner and on such conditions as specified in Form 1.

**4. DUTIES OF THE MEDICAL PRACTITIONER**

(1) A registered medical practitioner shall, before removing a human organ from the body of a donor before his death satisfy himself—

(a) that the donor has given his authorisation in Form 1;

(b) that the donor is in proper state of health and is fit to donate the organ, and shall sign a certificate as specified in Form 2.

(c) that the donor is a near relative of the recipient, and shall sign a certificate as specified in Form 3 after carrying out the following tests on the donor and the recipient, namely :—

(i) tests for the antigenic products of the Human Major Histocompatibility system HLA-A, HLA-B and HLA-DR using conventional serological techniques;

(ii) tests to establish HLA-DR beta and HLADQ beta gene restriction fragment length polymorphism;

(iii) where the tests referred to in sub-clause (i) and sub-clause (ii) do not establish a genetic relationship between the donor and the recipient, tests to establish DNA polymorphisms using at least two multi-locus gene probe;

(iv) where the tests referred to in sub-clause (iii) do not establish a genetic relationship between the donor and the recipient further tests to establish DNA polymorphisms using at least five single locus polymorphic probes.

(d) in case recipient is a spouse of the donor, record the statements of the recipient and the donor to the effect that they are so related and shall sign a certificate in Form 4.

(2) A registered medical practitioner shall, before removing a human organ from the body of a person after his death satisfy himself—

(a) that the donor had, in the presence of two or more witnesses (at least one of whom is a near relative of such person), unequivocally authorised as specified in Form 5 before his death, the removal of the human organ of his body, after his death, for therapeutic purposes and there is no reason to believe that the donor had subsequently revoked the authority aforesaid;

(b) that the person lawfully in possession of the dead body has signed a certificate as specified in Form 6 or Form 7.

(3) A registered medical practitioner shall, before removing a human organ from the body of a person in the event of his brainstem death, satisfy himself—

(a) that a certificate as specified in Form 8 has been signed by all the members of the Board of medical experts referred to in sub-section (b) of section 3 of the Act;

(b) that in the case of brain-stem death of a person of less than eighteen years of age, a certificate specified in Form 8 has been signed by all the members of the Board of medical experts referred to in sub-section (6) of Section 3 of the Act and an authority as specified in Form 9 has been signed by either of the parents of such person.

**5. PRESERVATION OF ORGANS**

The organ removed shall be preserved according to current and accepted scientific methods in order to ensure viability for the purpose of transplantation.

6. The donor and the recipient shall make jointly an application to grant approval for removal and transplantation of a human organ, to the Authorisation Committee as specified in Form 10.

**7. REGISTRATION OF HOSPITAL**

(1) An application for registration shall be made to the Appropriate Authority as specified in Form 11. The application shall be accompanied by a fee of rupees one thousand payable to the Appropriate Authority by means of a bank draft or postal order.

(2) The Appropriate Authority shall, after holding an inquiry and after satisfying itself that the applicant has complied with all the requirements, grant a certificate of registration as specified in Form 12 and shall be valid for a period of five years from the date of its issue and shall be renewable.

**8. RENEWAL OF REGISTRATION**

(1) An application for the renewal of a certificate of registration shall be made to the Appropriate Authority within a period of three months prior to the date of expiry of the original certificate of registration and shall be accompanied by a fee of rupees five hundred payable to the Appropriate Authority by means of a bank draft or postal order.

(2) A renewal certificate of registration shall be as specified in Form 13 and shall be valid for a period of five years.

(3) If, after an inquiry including inspection of the hospital and scrutiny of its past performance and after giving an opportunity to the applicant, the Appropriate Authority is satisfied that the applicant, since grant of certificate of registration under sub-rule (2) of Rule 7 has not complied with the requirements of this Act and the Rules made thereunder

and conditions subject to which the certificate of registration has been granted, shall, for reasons to be recorded in writing, refuse to grant renewal of the certificate of registration.

#### 9. CONDITIONS FOR GRANT OF CERTIFICATE OF REGISTRATION

No hospital shall be granted a certificate of registration under this Act unless it fulfils the following requirement of manpower, equipment, specialised services and facilities as laid down below :—

##### GENERAL REQUIREMENT

1. Surgical Staff
2. Cardiology Staff
3. Nursing Staff
4. Communication System
5. Intensivist
6. Medical Social Worker
7. Perfusionist

##### VARIOUS DEPARTMENTS

1. Microbiology
2. Mycology
3. Pathology
4. Virology
5. Nephrology
6. Neurology
7. Psychology
8. G.I. Surgery
9. Anaesthesiology
10. Imaging Facilities
11. Paediatrics
12. Physiotherapy
13. Immunology
14. Haematology
15. Blood Bank
16. Clinical Chemistry
17. Cardiology.

##### NON-TRANSPLANTATION PROGRAMME TEAM

1. Neurologist
2. Neurosurgeon
3. Medical Superintendent
4. And Other Hospital Staff

##### BASIC EQUIPMENT

Operating Room facilities for routine open heart surgery which includes heart lung machine and accessories.

##### ADDITIONAL EQUIPMENT REQUIRED FOR TRANSPLANTATION PROGRAMME

1. Cell Saver
2. Assist devices like IABP, Centrifugal Pump and various assist devices, both pneumatic and electric operation.
3. Mobile C-arm, image intensifier for routine biopsies in the sterile operating room.
4. Eact/Alert System for early detection of any infection.
5. Radioimmunoassay for measuring Cyclosporin levels.
6. Routine Laboratory facilities for detection of HIV, Australia antigen, CMV, Toxoplasmosis and other Mycology Tests.

##### EXPERTS

###### (A) Kidney Transplantation

M.S. (Gen.) Surgery or equivalent qualification with three years post M.S. training in a recognised centre in India or abroad and having attended to adequate number of renal transplantation as an active member of team.

###### (B) Transplantation of Liver & Other Abdominal Organs

M.S. (Gen.) Surgery or equivalent qualification with adequate post M.S. training in an established centre with a reasonable experience of performing liver transplantation as an active member of team.

###### (C) Cardiac, Pulmonary, Cardio-Pulmonary Transplantation

M. Ch. Cardio-thoracic and vascular surgery or equivalent qualification in India or abroad with at least 3 years experience as an active member of the team performing an adequate number of open heart operations per year and well-versed with Coronary by-pass surgery and Heart-valve surgery.

##### 10. APPEAL

(1) Any person aggrieved by an order of the Authorisation Committee under sub-section (6) of Section 9, or by an order of the Appropriate Authority under sub-section (2) of Section 15 and Section 16 of the Act, may, within thirty days from the date of receipt of the order, prefer an appeal to the Central Government.

(2) Every appeal shall be in writing and shall be accompanied by a copy of the order appealed against.

[F. No. S. 12011/2/94-MS]

O.P. NIGAM, Chief Controller of Accounts

##### FORM—1

(See rule 3)

I, ..... aged ..... s/o, d/o, w/o, Mr. ....  
 ..... resident of .....  
 hereby authorise to remove for therapeutic purposes/consent to donate my organ, namely, ..... to

(i) Mr./Mrs. .... s/o, d/o, w/o Mr. ....  
 aged ..... resident of .....  
 who happens to be my near relative as defined in clause (i) of section 2 of the Act.

## OR

(ii) Mr./Mrs. ....s/o, d/o, w/o Mr. ....  
 aged ..... resident of .....  
 towards whom I possess special affection or attachments, or for any special reason (to be specified)

I certify that the above authority/consent has been given by me out of my own free will without any undue pressure, inducement, influence or allurement and that the purposes of the above authority/donation and of all possible complications, side-effects, consequences and options have been explained to me before giving this authority or consent or both.

Signature of the Donor

## FORM-2

[See rule 4(1)(b)]

I, Dr. ....possessing qualification of .....  
 registered as medical practitioner at serial No. ....by the .....  
 Medical Council, certify that I have examined Shri/Smt./Km. ....  
 s/o, d/o, w/o .....aged .....whose free and  
 informed consent about donation of the organ, namely .....  
 to Shri/Smt./Km. ....s/o, d/o, w/o .....who  
 is near relative of the donor and that the said donor is in proper state of health and is .....medically  
 fit to be subjected to the procedure of organ removal.

Signature

Place .....

Dated .....

## FORM-3

[See rule 4(1)(c)]

I, Dr. ....possessing qualification of .....  
 registered as med. practitioner at Serial No. ....by the .....  
 Medical Council, certify that Mr./Mrs. ....s/o, d/o, w/o .....  
 ....aged .....the donor, and Mr./Mrs. ....  
 s/o, d/o, w/o .....aged .....the  
 recipient of the organ donated by the said donor are related to each other as brother/sister/monther/father/son/daughter as per their  
 statement and the fact of this relationship has been established by the results of the tests for Antigenic Products of the Human  
 Major Hysto-compatibility System, namely, ....., by the Authorisation Committee as per  
 the information contained in their letter of approval No. ....dated .....

Place .....

Signature

Dated .....

## FORM-4

[See Rule 4(1)(d)]

I, Dr. ....possessing qualification of .....  
 registered as medical practitioner at serial No. ....by the .....  
 Medical Council, certify that—

(i) Mr. ....s/o .....  
 aged .....resident of .....and Mrs. ....  
 d/o, w/o .....aged .....resident of .....  
 ....are related to each other as spouse according to the statement  
 given by them and their statement has been confirmed by means of following evidence before effecting the organ removal from the  
 body of the said Shri/Smt./Km. ....  
 (Applicable only in the cases where considered necessary).

## OR

(ii) The Clinical condition of Shri/Smt. ....mentioned above  
 is such that recording of hi./her statement is not practicable.

Place .....

Signature of Regd. medical practitioner

Dated .....

## FORM-5

[See rule 4(2)(a)]

I, ..... s/o, d/o, w/o, .....  
 aged ..... resident of ..... in the  
 present of persons mentioned below hereby unequivocally authorise the removal of my organ/organs, namely, .....  
 from my body after my death for therapeutic purposes.

Signature of the Donor

Dated .....

(Signature)

1. Shri/Smt./Km. ....  
 s/o, d/o, w/o .....  
 aged .....  
 resident of .....

(Signature)

2. Shri/Smt./Km. ....  
 s/o, d/o, w/o .....  
 aged .....  
 resident of .....  
 is a near relative to the donor as .....

Dated .....

## FORM-6

[See rule 4(2)(b)]

I, ..... s/o, d/o, w/o .....  
 aged ..... resident of .....  
 having lawful possession of the dead body of Shri/Smt./Km. .... s/o, d/o, w/o .....  
 aged ..... resident of .....  
 having known that the deceased has not expressed any objection to  
 his/her organ/organs being removed for therapeutic purposes after his/her death and also having reasons to believe that no near  
 relative of the said deceased person has objection to any of his/her organs being used for therapeutic purposes authorise removal  
 of his/her body organs, namely, .....

Signature

Dated .....

Place .....

Person in lawful possession of the dead body.

Address .....

## FORM-7

[See rule 4(2)(b)]

I, Mr./Mrs./Miss. ...., having lawful possession of the deadbody of  
 Mr./Mrs./Miss. .... son of/daughter of/wife of .....  
 aged ..... resident of .....  
 after having known that no objection was expressed by the deceased to any of his human organ being used after his death for thera-  
 peutic purposes and also having reason to believe that no near relative of the deceased person has objection to any of the deceased  
 person's organ being used for therapeutic purposes, hereby authorise the removal of the deceased's organ, namely, .....  
 for therapeutic purposes.

Signature .....

Name .....

Address .....

Time and date .....

## FORM-8

[See rule 4(3)(a) and (b)]

We, the following members of the Board of medical experts after careful personal examination hereby certify that Shri/  
 Smt./Km. ....  
 aged about ..... son of/wife of/daughter of .....

resident of .....  
is dead on account of permanent and irreversible cessation of all functions of the brain-stem. The tests carried out by us and the findings therein are recorded in the brain-stem death Certificate annexed hereto.

Dated : .....

Signature .....

1. R.M.P., Incharge of the  
Hospital in which brain-stem  
death has occurred.

2. R.M.P., nominated from the  
panel of names approved by  
the Appropriate Authority.

3. Neurologist/Neuro-Surgeon  
nominated from the panel of  
names approved by the  
Appropriate Authority.

4. R.M.P. treating the aforesaid  
deceased person.

### BRAIN-STEM DEATH CERTIFICATE

#### (A) PATIENT DETAILS :

1. Name of the patient

Mr./Ms. \_\_\_\_\_

S.O./D.O./W.O.

Mr. \_\_\_\_\_

2. Home Address

Sex \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

3. Hospital Number.

4. Name and Address of next of kin or person responsible  
for the patient (if none exists, this must be specified)

5. Has the patient or next of kin agreed to any transplant?

6. Is this a Police Case?

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

#### (B) PRE-CONDITIONS :

1. Diagnosis : Did the patient suffer from any illness or accident that led to irreversible brain damage? Specify details. \_\_\_\_\_

Date and time of accident/onset of illness \_\_\_\_\_

Date and onset of non-responsible coma \_\_\_\_\_

2. Findings of Board of Medical Experts :

(1) The following reversible causes of coma have been excluded :

Intoxication (Alcohol)

Depressant Drugs

Relaxants (Neuromuscular blocking agents)

Primary hypothermia

Hypovolaemic shock

Metabolic or endocrine disorders

Tests for absence of brain-stem functions

(2) Coma

(3) Cessation of spontaneous breathing.

First Medical Examination      Second Medical Examination

1st

2nd

1st

2nd

- (4) Pupillary size
- (5) Pupillary light reflexes
- (6) Doll's head eye movements.
- (7) Corneal reflexes (Both sizes)
- (8) Motor response in any cranial nerve distribution, any responses to stimulation of face, limb or trunk.
- (9) Gag reflex.
- (10) Cough (Tracheal)
- (11) Eye movements on coloric testing bilaterally.
- (12) Apnoea tests as specified.
- (13) Were any respiratory movements seen?

Date and time of first testing: \_\_\_\_\_

Date and time of second testing : \_\_\_\_\_

This is to certify that the patient has been carefully examined twice after an interval of about six hours and on the basis of findings recorded above,

Mr./Ms. \_\_\_\_\_ is declared brain-stem dead.

1. Medical Administrator Incharge of the hospital

2. Authorised specialist.

3. Neurologist/Neuro-Surgeon

4. Medical Officer treating the patient.

NB. I. The minimum time interval between the first testing and second testing will be six hours.

II. No. 2 and No. 3 will be coopted by the Administrator Incharge of the hospital from the Panel of experts approved by the appropriate authority.

#### FORM—9

[See rule 4(3)(b)]

I, Mr./Mrs. \_\_\_\_\_ son of/wife of \_\_\_\_\_ resident of \_\_\_\_\_ hereby authorise removal of the organ/organs, namely \_\_\_\_\_ for therapeutic purpose from the deadbody of my son/daughter Mr./Ms. \_\_\_\_\_ aged \_\_\_\_\_ whose brain-stem death has been duly certified in accordance with the law.

Signature \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Place \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

#### FORM—10

##### APPLICATION FOR APPROVAL FOR TRANSPLANTATION LIVE DONOR OTHER THAN NEAR RELATIVE

Whereas I \_\_\_\_\_ S/O, D/O, W/O, L/O \_\_\_\_\_ aged \_\_\_\_\_ residing at \_\_\_\_\_ have been informed by my doctor that I am suffering from \_\_\_\_\_ and may be benefitted by transplantation of \_\_\_\_\_ into my body.

and whereas I \_\_\_\_\_ S.O., D.O., W.O. \_\_\_\_\_ aged \_\_\_\_\_ residing at \_\_\_\_\_ by reason of affection and attachment because:

(reason to be filled in)

would like to donate my \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ we \_\_\_\_\_

(donor)

and \_\_\_\_\_ hereby apply to authorisation committee for permission for such transplantation to be carried out.

(Recipient)

We solemnly affirm that the above decision has been taken without any undue pressure, inducement, influence or allurement and that all possible consequences and options of organ transplantation have been explained to us.

Signature and address of prospective donor.

Signature and address of prospective recipient.



## FORM II

## APPLICATION FOR REGISTRATION OF HOSPITAL TO CARRY OUT ORGAN TRANSPLANTATION

To

The Appropriate Authority for organ transplantation .....  
(State or Union Territory)

We hereby apply to be recognised as an institution to carry out organ transplantation. The required data about the facilities available in the hospital are as follows :—

## (A) HOSPITAL :

1. Name \_\_\_\_\_
2. Location \_\_\_\_\_
3. Govt./Pvt. \_\_\_\_\_
4. Teaching/Non-teaching \_\_\_\_\_
5. Approached by :  

Road :	Yes	No
Rail :	Yes	No
Air :	Yes	No
6. Total bed strength : \_\_\_\_\_
7. Name of the disciplines in the hospital \_\_\_\_\_
8. Annual budget \_\_\_\_\_
9. Patient turn-over/year \_\_\_\_\_

## (B) SURGICAL TEAM :

1. No. of beds \_\_\_\_\_
2. No. of permanent staff members with their designations \_\_\_\_\_
3. No. of temporary staff with their designations \_\_\_\_\_
4. No. of operations done per year \_\_\_\_\_
5. Trained persons available for transplantation (Please specify organ for transplantation) \_\_\_\_\_

## (C) MEDICAL TEAM :

1. No. of beds \_\_\_\_\_
2. No. of permanent staff members with their designation \_\_\_\_\_
3. No. of temporary staff members with their designation \_\_\_\_\_
4. Patient turnover per year \_\_\_\_\_
5. No. of potential transplant candidates admitted per year. \_\_\_\_\_

## (D) ANAESTHESIOLOGY :

1. No. of permanent staff members with their designations \_\_\_\_\_
2. No. of temporary staff Members with their designations \_\_\_\_\_
3. Name and No. of operations performed \_\_\_\_\_
4. Name and No. of equipments available \_\_\_\_\_
5. Total no. of operation theatres in the hospital \_\_\_\_\_
6. No. of emergency operation-theatres \_\_\_\_\_
7. No. of separate transplant operation theatre \_\_\_\_\_

## (E) I.C.U./H.D.U. FACILITIES :

1. ICU/HDU facilities : Present \_\_\_\_\_ Not present \_\_\_\_\_
2. No. of I.C.U. beds \_\_\_\_\_
3. Trained  

Nurses	_____
Technicians	_____

4. Name and number of equipments  
in I.C.U.

**(F) OTHER SUPPORTIVE FACILITIES:**

Data about facilities available in the hospital.

**(G) LABORATORY FACILITIES :**

1. No. of permanent staff with their designations.
2. No. of temporary staff with their designations.
3. Names of the investigations carried out in the Deptt.
4. Name and number of equipments available.

**(H) IMAGING SERVICES:**

1. No. of permanent staff with their designations.
2. No. of temporary staff with their designations.
3. Names of the investigations carried out in the Deptt.
4. Name and no. of equipments available.

**(I) HAEMATOLOGY SERVICES:**

1. No. of permanent staff with their designations.
2. No. of temporary staff with their designations.
3. Names of the investigations carried out in the Deptt.
4. Name and number of equipments available.

**(J) BLOOD BANK FACILITIES :**

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**(K) DIALYSIS FACILITIES :**

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**(L) OTHER PERSONNEL :**

- |                    |        |
|--------------------|--------|
| 1. Nephrologist    | Yes/No |
| 2. Neurologist     | Yes/No |
| 3. Neuro-Surgeon   | Yes/No |
| 4. Urologist       | Yes/No |
| 5. G.I. Surgeon    | Yes/No |
| 6. Paediatrician   | Yes/No |
| 7. Physiotherapist | Yes/No |
| 8. Social Worker   | Yes/No |
| 9. Immunologists   | Yes/No |
| 10. Cardiologist.  | Yes/No |

The above said information is true to the best of my knowledge and I have no objection to any scrutiny of our facility by authorised personnel. A Bank Draft/cheque of Rs. 1,000/- is being enclosed.

Sd/-  
HEAD OF THE INSTITUTION

FORM-12

**CERTIFICATE OF REGISTRATION**

This is to certify that \_\_\_\_\_ Hospital located at \_\_\_\_\_ has been inspected by the Appropriate Authority and certificate of registration is granted for performing the organ transplantation of the following organs.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

This certificate of registration is valid for a period of five years from the date of issue.

Signature \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

## FORM-13

[See sub-rule 8(2)]

## OFFICE OF THE APPROPRIATE AUTHORITY

This is with reference to the application, dated \_\_\_\_\_ from \_\_\_\_\_ (Name of the hospital)  
for renewal of certificate of registration for performing organ transplantation, under the Act.

After having considered the facilities and standards of the above-said hospital, the Appropriate Authority hereby renews the certificate of registration of the said hospital for the purpose of performing organ transplantation for a period of five years.

Appropriate Authority \_\_\_\_\_

Place \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

